

領収書（患者名・診療年月・領収日・保険点数・保険診療額・医療機関名・領収印が記載されたもの）をホチキスで添付。（のり・テープは不可）

窓口来庁者の住所、電話番号、氏名を記入

重度心身障害

重度心身障害者医療費受給資格証

記入例

を見て記入

支給条例施行規則第5条第1項の規定に基

きお申し込みを

令和元年5月1日

尾市本町三丁目1番1号

申請者記入欄

申請者	電話	048 - 775 - 5122	受給資格者	受給資格証記号番号	9 9 9 9 9 9
	フリガナ			フリガナ	あげお たろう
	氏名	上尾 一郎		氏名	上尾 太郎
	※受給資格者と同じ場合は記入不要			生年月日	2 大正 3 昭和 年 月 日 4 平成 5 令和 3 3 0 7 1 5
加入医療保険	保険証記号番号	10 12345	保険者番号	右づめで記入してください 1 1 0 1 7 5	
	フリガナ		保険者名称	上尾市 ・国保・健保・共済 ・協会けんぽ・国保組合 ・埼玉県後期高齢	
	被保険者・世帯主等の氏名	上尾 一郎	※受給資格者と同じ場合は記入不要		
※今回の申請額が1,000円以上の方へ この申請のほか、同じ健康保険証を使って、1か所の医療機関で医療費21,000円以上支払った家族（本人含む）はいますか？			はい…①②を記入 いいえ…①に「なし」と記入 ⇒ ①氏名 ②医療機関名		

健康保険証を見て記入

ごと、1医療機関ごと、入院・外来診療費・附加給付）を受けている医療機関を

枚ご記入ください。決定通知書を添付してください。

は、申請者の記入は不要です。

医療機関記入欄

＜領収書（医療証明書）＞

今回の申請額（入院時食事代を除く）が21,000円以上の場合、記入

○同じ月に、同じ保険証に加入している人（受給資格者本人含む）が、他の医療機関で21,000円以上の医療費を支払っている場合

⇒①氏名 ②医療機関名 を記入

診療年月	4平成 5令和									
入院・外来別実日数	入院									
保険診療総点数（総金額）									点（円）	
うち公費分点数（金額）									点（円）	
保険診療一部負担金（領収額合計）									円	
うち公費分一部負担金									円	
入院時食事・生活療養標準負担額（領収額）									円	
内訳	※食事療養標準負担額	単価	※1 460円	※2 360円	※3 260円	210円	160円	100円	×	食
	生活療養標準負担額	食費（単価）	単価を記入 円						×	食
		居住費	該当するときに○ 370円						×	日

記入不要

令和 年 月 日 (医療機関) 所在地

患者氏名 様 名称 (氏名) 印

県コード 診療区分 医療機関コード(7桁) 科

・総合病院の場合診療科

電話番号

証明	課税	1一般	多数該当	高額療養費	附加金額
1証明		2上位			
2委任		3非課税	1多数該当		
相殺(戻入)			支給額		